



210104PT19997

(1064)

## Solicitud de Reembolso de Impuestos a la Propiedad/Alquiler/ Calefacción en Colorado 2021

- Marque aquí si esta solicitud es para corregir una solicitud PTC 2021 presentada anteriormente.  
 Donde se pide la fecha, por favor escriba usando el formato de MES/DÍA/AÑO

Apellido (el suyo)		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Fallecido		Fecha de nacimiento (MES/DÍA/AÑO)		SSN o ITIN	
<input type="checkbox"/> Sí					
Licencia de conducir/número de identificación de Colorado		Fecha de vencimiento (MES/DÍA/AÑO)		Identificación alternativa	
●					
Apellido (cónyuge, si está casado)		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Fallecido		Fecha de nacimiento (MES/DÍA/AÑO)		SSN o ITIN	
<input type="checkbox"/> Sí					
Licencia de conducir/Número de identificación del cónyuge		Fecha de vencimiento (MES/DÍA/AÑO)		Identificación alternativa	
●					
Dirección de domicilio			Número telefónico		
Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			Dirección de correo electrónico		
Ciudad		Estado		Código postal	
Si no vivió en la dirección indicada anteriormente durante todo el año 2021, debe incluir una lista de las direcciones en las que vivió durante 2021 y las fechas en las que vivió en cada lugar.					
Marque la primera casilla que corresponda a usted o su cónyuge/pareja. Si no corresponde ninguna, no llene este formulario porque no califica para este reembolso.					
A ● <input type="checkbox"/> Tener 65 años o más al 31 de diciembre de 2021.					
B ● <input type="checkbox"/> Viuda o viudo con al menos 58 años de edad al 31 de diciembre de 2021.					
C ● <input type="checkbox"/> Totalmente discapacitado durante todo el año 2021 y recibió el pago de todos los beneficios de Seguridad Social o Seguridad de Ingresos Suplementario o del Departamento de Recursos Humanos basado únicamente en dicha discapacidad.					
D ● <input type="checkbox"/> Totalmente discapacitado legítimo todo el año 2021 y recibió el pago de todos los beneficios de un plan o fuente pública o privada legítimo (en bona fide) basado únicamente en dicha discapacidad. Usted DEBE incluir un comprobante de discapacidad (consulte la página 4 del libro de instrucciones para ver ejemplos de comprobantes).					



210104PT29997

Nombre	Número de cuenta

Enumere en los recuadros a continuación las cantidades TOTALES recibidas de enero a diciembre de 2021. Si es conjunto, sume los ingresos de ambas partes antes de enumerar el total. NO ingrese sus totales mensuales.

1. Si Medicaid pagó sus primas de Medicare en el 2021, ingrese 0. Si Medicaid no pagó sus primas de Medicare, ingrese la cantidad de meses (1-12) que recibió Medicare. ● 1		
2. Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y/o beneficios Ayuda para los discapacitados que tienen necesidades A.N.D. ● 2		00
3. Pensión por vejez de Colorado ● 3		00
4. Pagos de pensión privados o de VA recibidos ● 4		00
5. Salarios, sueldos y propinas ● 5		00
6. Intereses y dividendos ● 6		00
7. Otros ingresos, explique ● 7		00

Ingrese el impuesto a la propiedad, el alquiler y los gastos de calefacción.

8. Si pagó el impuesto a la propiedad de 2020 en 2021, ingrese el monto aquí. ● 8		00
9. Si pagó alquiler, ingrese el total del año aquí. ● 9		00
10. Si pagó gastos de calefacción o combustible, ingrese el total del año aquí. ● 10		00
● 11. ¿Sus comidas están incluidas en los pagos de su alquiler? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="radio"/> Solo una parte del año, ingrese la cantidad ● 11		00
● 12. ¿Su calefacción estaba incluida en los pagos de su alquiler? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="radio"/> Solo una parte del año, ingrese la cantidad ● 12		00

**13. Reembolso de Impuestos Estatales sobre las Ventas**  
Si reúne los requisitos, el reembolso del impuesto estatal sobre las ventas será de \$37 si es soltero o de \$74 si presenta una declaración conjunta.

**Depósito Directo**

Número de ruta bancaria  Tipo:  Cuenta de cheques  Cuenta de ahorros

Número de cuenta bancaria

Declaro bajo pena de perjurio en segundo grado que, a mi leal saber y entender, la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. Además, autorizo al Departamento de Ingresos (en Department of Revenue) a comunicarse con los organismos apropiados para verificar cualquier información proporcionada en este formulario y, por la presente, los organismos están autorizados a divulgar dicha información al Departamento de Ingresos (en Department of Revenue).

Su Firma	Fecha (MES/DÍA/AÑO)	<b>Envíelo por correo a:</b> Colorado Department of Revenue, Denver, CO 80261-0005
Firma del Cónyuge/Pareja	Fecha (MES/DÍA/AÑO)	Redactado por